

**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE
OBSTETRICIA DE UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CALI 2017**

**ROSA ELISA LIBREROS MARLES
HELEN JOHANA RUIZ PIEDRAHITA
ISABELLA TRUJILLO PIEDRAHITA**



**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI
2017**

**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE
OBSTETRICIA DE UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CALI 2017**

ROSA ELISA LIBREROS MARLES

HELEN JOHANA RUIZ PIEDRAHITA

ISABELLA TRUJILLO PIEDRAHITA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DIRECTORA: YAMILETH CASTAÑO MORA
Profesora Asistente Escuela de Enfermería
Grupo Promesa – Calidad de Vida



**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
SANTIAGO DE CALI
2017**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	4
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3. JUSTIFICACIÓN.....	9
4. OBJETIVOS.....	12
4.1 OBJETIVO GENERAL	12
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	12
5. MARCO REFERENCIAL	13
6. MARCO TEÓRICO	17
6.1 TEORÍA DE LOS CUIDADOS.....	17
6.1.2 Conceptos del Metaparadigma:	18
6.1.3 Procesos del Cuidado que derivan de la Teoría de Swanson	18
6.2 Concepto de Cuidado Profesional.....	20
7. MARCO INSTITUCIONAL	21
7.1 Primer Nivel de Atención en Salud en Colombia	21
7.2 Red de Salud Centro (E.S.E. CENTRO)	21
7.3 Servicios Obstetricia	22
7.3.1 Programa de Atención Temprana - Control Prenatal.....	22
7.3.2 Programa de Protección Específica - Atención del Parto y Recién Nacido	22
8. METODOLOGÍA	23
8.1 TIPO DE ESTUDIO.....	23
8.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	23
8.3 MUESTRA	23
8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
8.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	24
8.6 CUADRO DE VARIABLES.....	24
8.6.1 Variables Sociodemográficas	24
8.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	28
8.8 INSTRUMENTOS	28

8.8.1 INSTRUMENTO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	28
8.8.2 CPS – ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE KRISTEN SWANSON.....	28
8.9 PROCESAMIENTO DE DATOS	30
8.10 PLAN DE ANÁLISIS.....	31
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	32
10. CRONOGRAMA	Error! Bookmark not defined.
11. PRESUPUESTO.....	36
12. RESULTADOS	38
13. DISCUSIÓN.....	40
14. CONCLUSIONES	44
15. RECOMENDACIONES.....	45
16. AGRADECIMIENTOS.....	46
17. BIBLIOGRAFÍA	47
18. ANEXOS	51

RESUMEN

A nivel mundial, se percibe una tendencia cada vez más amplia relacionada con la percepción de las expectativas que se tejen frente a la labor del Profesional de Enfermería por parte de la población que recibe cuidados en los diferentes momentos biográficos de su experiencia de vida, esperando que éste sea altamente calificado y además humanizado en todas sus formas, contribuyendo en consecuencia con el mejoramiento de las condiciones de recuperación integral del individuo y los colectivos. La presente investigación tuvo por **Objetivo:** Identificar la percepción del Cuidado Profesional de Enfermería que tienen las mujeres que reciben atención en servicios de obstetricia de una Empresa Social del Estado E.S.E. Centro de la ciudad de Cali, mediante la aplicación de la Escala de Cuidado Profesional CPS propuesta por la Doctora Kristen Swanson. Se empleó un **Diseño** de tipo Cuantitativo, correlacional y descriptivo transversal. La investigación contó con la participación de 267 mujeres asistentes a los servicios de obstetricia de una Empresa Social del Estado E.S.E. Centro de la ciudad de Cali. **Resultados:** Se encontró que el promedio de edad de las participantes fue de 25 años, 98.5% de las personas del estudio viven en la ciudad de Cali y 85% pertenecen a los estratos 2 y 3 de la misma; 64.79% de la población se encontraba en unión libre al momento del estudio, 68.91% refirieron un nivel educativo de secundaria incompleta 39.33%. En relación con la percepción del cuidado humanizado brindado por el Profesional de Enfermería se encontró que 93,3% consideró como excelente el cuidado recibido, 5,6% calificó la atención como buena y sólo un 1,1% encontraron como regular y deficiente la asistencia de Enfermería en los servicios de partos y puerperio. **Conclusiones:** El quehacer de Enfermería es percibido como una práctica integral y equilibrada entre los roles del sanador competente y el sanador compasivo, sin presentarse apreciaciones que develen una polaridad entre la percepción de uno u otro rol ejercido por los Profesionales. La percepción del cuidado humanizado de Enfermería, favorece la impresión de calidad brindada en los servicios de salud y el empoderamiento de la figura del Enfermero como líder de dichas prácticas humanizadas.

Palabras clave: Cuidado de Enfermería, Humanización de los servicios, Obstetricia. Nursing Care, Humanization of Assistance, Obstetrics. (Fuente: DeCs).

INTRODUCCIÓN

En Colombia la humanización y la seguridad del paciente son aspectos relevantes en la atención clínica actual. Los cambios normativos, estructurales y regulatorios del sistema de salud, han generado modelos de atención clínica que impactan de forma importante, las dinámicas de las profesiones relacionadas con la salud humana, entre otras cosas; mediante la imposición de guías de práctica clínica, protocolos y estandarización de prácticas basadas en la evidencia, que aunque generan marcos de referencia posiblemente válidos desde el punto de vista de la seguridad del paciente, la institución y los denominados procesos de certificación y acreditación de la calidad, por otra parte ocasionan, una disminución de la probabilidad de interacción efectiva con los pacientes¹.

Pazmiño de Osorio analizó las razones de mortalidad materna en la ciudad de Cali durante dos décadas, a la luz de los indicadores de desarrollo social y la organización de los servicios de atención a la gestante. Se encontró que a partir de 1994, inició un descenso sostenido de la mortalidad materna, que se mantuvo hasta el 2004, evidenciando que las altas coberturas de atención prenatal 97% y del parto institucional 98%, junto con un sistema eficiente de referencia y contra-referencia, afectaron positivamente el desenlace del parto. El mejoramiento de la calidad de la atención prenatal, la asistencia humanizada y la participación permanente de ginecobstetras en el nivel primario de atención, constituyeron los hitos primordiales de las intervenciones exitosas realizadas en la red de servicios públicos de atención².

Este trabajo de investigación identificó la percepción que tuvieron las mujeres que recibieron atención en los servicios de Ginecobstetricia de una Empresa Social del Estado de la ciudad de Cali, en relación con el cuidado brindado por el Profesional de Enfermería durante el control pre-natal, el trabajo de parto, parto y puerperio; en respuesta a las necesidades propias de esta vivencia, aliviando la influencia que la

¹ Pinzón Amado, A. Profesionalismo y humanismo en el currículo de las profesiones relacionadas con la salud humana. Editorial Revista Salud UIS. 2014, Vol 46 Issue 1, págs.: 5 – 6.

² Pazmiño de Osorio S, Universidad del Valle C, Colombia, Guzmán-Gómez N, Universidad del Valle C, Colombia. Prenatal control and its impact on reducing maternal deaths: Trend analysis, 1994-2004. Cali, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2009;60(1):12-8.

interacción entre el Profesional de Enfermería y las pacientes, genera sobre la percepción de agrado, atención oportuna y amabilidad durante la asistencia³.

³ Mendoza Franco EP, Orlando DME. Percepción que tienen las puérperas en relación con el cuidado brindado por el personal de enfermería durante la atención del parto en una institución de cuarto nivel durante el primer semestre del año 2013. 2013.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial se percibe una tendencia cada vez más amplia, relacionada con la percepción de las expectativas que se tejen frente a la labor del Profesional de Enfermería, por parte de la población que recibe cuidados en los diferentes momentos biográficos de su experiencia de vida, esperando que éste sea altamente calificado y además humanizado en todas sus formas, contribuyendo en consecuencia con el mejoramiento de las condiciones de recuperación integral del individuo y los colectivos.

La Enfermería desde sus inicios ha tenido permanente interés por la humanización, a partir de un claro deseo de buscar fuentes novedosas que amplíen las posibilidades de satisfacer las necesidades de cuidado de la persona; es importante que el Profesional de Enfermería muestre un alto sentido de responsabilidad, lealtad, valores y humanismo; en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera⁴.

Ceballos señala que Watson en 2009, remarcó la importancia de centrar la mirada hacia este componente de la atención y dice: ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los Profesionales de Enfermería⁵.

La Ley 100 en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y Acreditación en Salud; con el fin de mejorar la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. El entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud –según Decreto 2309 del 15 de Octubre de 2002- derivando una tendencia en la que, la Acreditación en Salud en Colombia propone un acercamiento al tema, tratando de generar soluciones prácticas y visibles a

⁴ Collado R. Cuidado Espiritual, Labor del Profesional de Enfermería. Revista 360 [Internet]. 2010 [citado 2014 nov 1]; 5:1-3. Disponible en: <http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>.

⁵ Ceballos Vásquez PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc Enferm [Internet]. 2010 [citado 2014 Nov 5]; 16(1):31-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es.

los problemas reconocidos e impulsar a las instituciones en el abordaje de este requerimiento⁶.

Históricamente en Colombia se reconocen tres vertientes relacionadas con la Humanización de Servicios de Salud:

La primera de ellas se asocia con el trabajo pastoral efectuado por comunidades religiosas entre las cuales se destacan los Hermanos Camilos, los Hermanos de San Rafael y las Hermanas de la Presentación, entre otras, que se han enfocado en impulsar acciones de hospitalidad, diálogo, apoyo espiritual y emocional, escucha activa y consuelo ante la tragedia. Esta labor se cumple en compañía de un gran número de voluntariados adscritos a instituciones religiosas y laicas. La segunda vertiente está inspirada en la reivindicación de derechos y deberes, la autonomía y el respeto de la voluntad de los pacientes, como eje de la atención humanizada. Este abordaje parte particularmente de la bioética y la reflexión jurídica y filosófica. La tercera vertiente, es una tendencia intermedia que ve la humanización de la atención en salud como un reto de calidad de las instituciones, no sólo en relación con los pacientes sino también en lo concerniente a los trabajadores. La Acreditación en Salud se inscribe en esta última; aspirando a que a través de una Política de Humanización, se dé respuesta a las singulares situaciones relativas a los pacientes y a los trabajadores. Este último enfoque ha generado un lugar visible de la humanización en salud en las agendas de las entidades asistenciales, así como también, sobre aquellas que forman los recursos de futuros profesionales y técnicos en salud. Para el año 2004 se logró que se incluyeran en los protocolos asistenciales algunos aspectos clásicos del enfoque interpersonal de la humanización relacionados con: la declaración de deberes y derechos para el paciente, el consentimiento informado real, aislamiento en condiciones de respeto por la dignidad humana, privacidad en los espacios, respeto por la desnudez; así como también, el apoyo espiritual y emocional al paciente y su familia⁷.

En 2011 Navarro, realizó un estudio acerca de la percepción de la eficacia materna en el posparto y su relación con diversas variables sociodemográficas y psicológicas; halló, que las madres que cuentan con el apoyo de su compañero están más satisfechas con su papel y desempeño y con su vida en general. Además, hizo hincapié en que en esta etapa de la vida, la madre se ve sometida a enormes demandas, por lo cual necesita

⁶ Ministerio de Protección Social. Marco Legal. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=118&IdCat=29>

⁷ Rodríguez, C.E. Opus Cit. Pág: 4.

sentirse apoyada por las personas cercanas: familiares y personal de salud; toda vez que el estrés asociado con dicha exigencia, altera la percepción relacionada con la vivencia⁸.

Ciertamente, al involucrarse en el cuidado humanizado, el Profesional de Enfermería debe explorar componentes de su actuar, que le permitan fortalecer el vínculo terapéutico con el paciente, favoreciendo que el sujeto de cuidado perciba apropiadamente la calidad de los cuidados prodigados. Lo antedicho, requiere de ir más allá de actos centrados en procedimientos o técnicas, connota asumir los valores, la voluntad y los compromisos de la persona sobre la cual se dirige la atención.

Respecto del tema en Colombia, González en un estudio realizado en Bogotá en el año 2009 sobre la percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias ginecobstétricas, encontró que 36,5% de las pacientes calificó negativamente el ítem “el personal de Enfermería crea conciencia en el identificarse y presentarse antes de cualquier procedimiento a las pacientes” , siendo este paso importante para establecer una relación de confianza y entendimiento, base para un cuidado humanizado de Enfermería y una agradable estancia hospitalaria⁹.

Ante la creciente necesidad reglamentada por el Sistema de Salud, de impulsar la humanización como eje trazador de todos los procesos de Acreditación de las entidades de salud y dado el interés de la Disciplina de Enfermería, en relación con el diseño e implementación de modelos de cuidado humanizado; el presente trabajo se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué percepción del Cuidado Profesional de Enfermería tienen las mujeres que reciben atención en servicios de Obstetricia en una Empresa Social del Estado (E.S.E Centro) de la ciudad de Cali?

⁸ Navarro C, Navarrete L, Lara M. Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. Salud mental. 2011;34(1):37-43.

⁹ BURGOS JTG, MARTINEZ DCQ. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. 2009.)

3. JUSTIFICACIÓN

Durante el año 2015 se trazó como meta en Colombia la reducción de la mortalidad materna hasta en un 50% con base en la tasa de muertes nacionales, siguiendo los lineamientos planteados por la Organización de las Naciones Unidas ONU, lo cual corresponde a 45 fallecidas por 100.000 nacidos vivos; dicha meta se encuentra lejos de ser alcanzada, ya que la mortalidad materna asciende a 54,6 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, esta medición corresponde al año 2013, que es el año más reciente del cual se conoce registro. Ocho de cada diez de estas mujeres fueron atendidas en centros de salud, pero recibieron tratamientos médicos inadecuados y carecieron de oportunidad, seguimiento y controles que hubieran podido identificar a tiempo los factores de riesgo¹⁰. En cuanto a controles prenatales, lo ideal según la Organización Mundial de la Salud OMS es efectuar 4 controles durante todo el embarazo, esta meta sólo fue alcanzada parcialmente en Colombia ya que para el año 2010 se logró hasta un 88,6% de dicha cobertura propuesta. Agrava la situación tener en cuenta la brecha existente entre departamentos en relación con el logro de la meta mencionada, estas diferencias son significativamente altas, presentándose la mayor diferencia con el departamento de Vaupés en el que el indicador disminuye hasta 78,1¹¹.

El fenómeno previamente mencionado se ve reflejado en el contraste que se obtuvo entre la mortalidad materna nacional versus la mortalidad materna del municipio de Cali. Mientras que en Colombia la cifra de muertes para el 2010 fue de 60,5 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, en Cali fue de 29 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos para este mismo año. La mortalidad materna es un evento de interés en salud pública de preocupación mundial por las autoridades sanitarias, debido a la alta posibilidad de ser evitada y por el impacto negativo a nivel familiar y social que ella conlleva, la Secretaría de Salud Pública de Cali enfrentó esta situación con estrategias como la vigilancia comunitaria para la maternidad segura¹².

¹⁰ Tiempo CEE. Colombia tiene una enorme brecha de mortalidad materna entre regiones - Salud - El Tiempo. 2015.

¹¹ salud Ave. Servicios de salud 2015 [Available from: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/servicios-de-salud/grafica.ver/24>].

¹² Nader L. Cali, Ciudad Colombiana con la tasa de mortalidad materna más baja del país 2011 [Available from: http://calisaludable.cali.gov.co/secretario/2011_informes_especiales_finales/Cali_Ciudad_Colombiana_con_la_tasa_de_mortalidad_materna_mas_baja_del_%20pais.pdf].

En 2009, Pazmiño de Osorio realizó un estudio en el que analizó las razones de mortalidad materna en la ciudad de Cali durante dos décadas, a la luz de los indicadores de desarrollo social y la organización de los servicios de atención a la gestante. El estudio encontró que a partir de 1994, se inició un descenso sostenido de la mortalidad materna, que se mantuvo hasta el 2004, evidenciando que las altas coberturas de atención prenatal 97% y del parto institucional 98%, junto con un sistema eficiente de referencia y contra-referencia, afectaron significativamente el desenlace del parto. El control de los procesos de mejoramiento de la calidad de la atención prenatal, con evaluaciones y ajustes periódicos y la participación permanente de ginecobstetras en el nivel primario de atención, constituyeron los hitos primordiales de las intervenciones exitosas realizadas en la red de servicios públicos de atención¹³.

A propósito de la calidad de la atención en salud, ésta es condición esencial para que las acciones se traduzcan en la resolución de los problemas identificados, la satisfacción de los individuos asistidos, el reconocimiento y las reivindicaciones de sus derechos y la promoción del autocuidado¹⁴. Vasconcelos refiere que la atención prenatal de calidad y humanizada es fundamental para la salud materna y neonatal. En su estudio efectuado en Brasil en el 2014, encontró que las gestantes se sienten seguras cuando las enfermeras prestan la consulta con acogida, escucha y orientación, aclarando dudas sobre la importancia del cuidado prenatal, las fases de la gestación, aspectos del autocuidado y brindando conocimientos sobre este nuevo momento de la llegada de una nueva vida. Las participantes afirmaron sentir una gran diferencia en el servicio prestado por los enfermeros, enfatizando la satisfacción frente a la calidad de la asistencia a través de la atención en el prenatal, la cual es brindada en un marco de cuidado y respeto¹⁵.

El panorama actual justifica indagar acerca de las percepciones que tienen las mujeres que reciben asistencia ginecobstétrica, debido a las fuertes transformaciones que ha tenido el Sistema de Salud en Colombia; por una parte se ha reducido el número de Enfermeras por paciente, lo que conlleva a que se vea perturbado el acto de cuidado. La experiencia clínica indica por ejemplo para el cuidado durante el parto, que este evento demanda personal calificado, equipos suficientes, infraestructura adecuada para

¹³ Pazmiño de Osorio S. Opus Cit. Pág: 1

¹⁴ Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de atenção à saúde. Brasília; 2007.

¹⁵ Vasconcelos Moura, M.A. Fernandex e-Silv, G; Santos, C; Mendes de Araújo-Silva, V. La Calidad de Asistencia de Enfermería en el período prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. Revista Aquichán. Año 14 – Vol 14 No. 2 – Colombia 196 – 206.

prevenir y manejar posibles complicaciones, por otro lado, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) asegura que en Colombia para el año 2010 98.36% de los partos fueron atendidos en instituciones de salud (Independientemente del nivel de atención). En dichas instituciones, Enfermería labora de manera ininterrumpida las 24 horas del día ya que están distribuidos en turnos de mañana, tarde y noche, por lo tanto sobre esta disciplina en particular recae la satisfacción de las necesidades y el cuidado a la gestante durante la atención del período prenatal, el parto y el puerperio en un 100%¹⁶.

Por lo antedicho, el cuidado de Enfermería dirigido a la gestante es un proceso continuo que además debe cumplir con lo que indica El Sistema Obligatorio de Garantía De La Calidad De La Atención De Salud (S.O.G.C.S) para cada uno de los servicios en el marco de la prestación del servicio de salud; por ello, conocer la percepción que tiene la gestante en relación con el acto de cuidado, es importante aún más cuando se reconoce que el sistema de salud en general, tiene deficiencias en sus servicios tales como la reducción de costos, la mercantilización de la salud que se viene aplicando, en la que prima el sentido rentista y no la protección de la vida, ni el cuidado de la salud de los usuarios.

El propósito de la presente investigación fue favorecer el avance del conocimiento de Enfermería en relación con la movilización de Modelos de Cuidado, soportados en enfoques humanizados; propendiendo por la mejora en la calidad de la atención de las mujeres que son atendidas en servicios de obstetricia de una Empresa Social del Estado (E.S.E. Centro) de la ciudad de Cali.

¹⁶ DANE, Para Tomar Decisiones, Estadísticas Virtuales, Cifras actualizadas a 29 de junio de 2012 documento e disponible en internet: <http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=1043&Itemid=119>.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar la percepción del Cuidado Profesional de Enfermería que tienen las mujeres que reciben atención en servicios de obstetricia de una Empresa Social del Estado E.S.E. Centro de la ciudad de Cali, mediante la aplicación de la Escala de Cuidado Profesional CPS propuesta por la Dra. K. Swanson.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características sociodemográficas de las mujeres incluidas en la muestra que reciben cuidados en una Empresa Social del Estado E.S.E. Centro de la ciudad de Cali.
- Medir la Percepción del Cuidado Profesional de Enfermería mujeres que reciben atención en servicios de obstetricia de una Empresa Social del Estado E.S.E. Centro de la ciudad de Cali.
- Identificar la relación de las características sociodemográficas de las mujeres incluidas en el estudio, con la Percepción del Cuidado Profesional que refirieron.

5. MARCO REFERENCIAL

Mediante dos estudios realizados en Colombia se ha efectuado la medición de la Percepción del Cuidado de Enfermería por medio del uso de la Escala de Cuidado Profesional de Kristen Swanson, estos estudios se han llevado a cabo en Bogotá, en Hospitales nivel IV. En el primero de ellos se midió la Percepción del Cuidado Profesional de Enfermería en mujeres con pre-eclampsia, dando como resultado en cuatro de los procesos (conocer, hacer por, permitir y mantener las creencias) resultados positivos, puesto que la gestante percibió que el cuidado no solo iba dirigido a controlar y disminuir riesgos y complicaciones sino que también se centraba, en los aspectos interpersonales que permiten establecer una relación de confianza con la persona cuidada; en cuanto al tipo de sanador predominante se identificó el compasivo como mayoritariamente escogido según las respuestas¹⁷. En el segundo estudio se tuvo como población a mujeres en período de postparto, indagando sobre los aspectos relacionados con el cuidado brindado por enfermería durante el parto. En este proyecto se identificó que, en cuatro de los procesos propuestos por la teorista K. Swanson, (Conocer, hacer por, permitir, y mantener las creencias) el resultado fue positivo, el de menor calificación fue el principio de “estar con”, en cuanto al tipo predominante de sanador, se identificó al personal como sanadores competentes con un 64%, lo que hace inferir que el personal necesita fortalecer aún más la relación afectuosa y de confianza con las pacientes¹⁸.

Un estudio en Colombia realizado por Beltrán en el 2015, centrado en la atención humanizada y afectiva de enfermería a partir del punto de vista de los pacientes, familiares y enfermeras, el cual manejó una metodología fenomenológica interpretativa basada en entrevistas en profundidad, encontró que la situación del paciente, las habilidades comunicativas de las enfermeras y la condición de ambos como seres humanos, influyen en las palabras, gestos y actitudes durante la relación enfermera-paciente, en la cual la presencia, lo que se hace y la forma de hacerlo permiten dejar una importante huella en los pacientes y sus familiares¹⁹. Lo anterior se toma como punto de referencia de cuan influyente y relevante puede llegar a ser para el paciente, que se le ofrezca un cuidado de enfermería profesional humanizado y de calidad,

¹⁷ Álvarez Lozano J, Espitia Suarez N. Percepción del cuidado de enfermería en gestantes diagnosticadas con preeclampsia en una institución de cuarto nivel. 2012.

¹⁸ Mendoza Franco EP, Orlando DME. Opus Cit. Pág: 2

¹⁹ Beltrán Salazar OA, Universidad de Antioquia U, Medellín, Colombia. Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. Invest educ enferm. 2015;33(1):17-27.

puesto que no sólo aporta a la recuperación sino que también, produce una impresión positiva que perdura a través del tiempo.

A nivel internacional, Vela en el año 2015 en Lima-Peru, realizó un estudio enfocado en medir la percepción de las pacientes sobre la atención del parto humanizado, concluyendo que “Más de la mitad de las puérperas, percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular asociado con la imposibilidad de elegir libremente la posición en la cual asumir el proceso de parto, otros aspectos como: la comunicación, explicación de los procedimientos y respeto a la intimidad fueron bien evaluados”²⁰.

Savinovich en el 2014 realizó un estudio descriptivo en la sala de emergencias del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo (Guayaquil – Ecuador), observándose que el 60% de los Enfermeros cumple con la aplicación de los principios en la atención humanizada²¹. Esto demuestra que el personal de Enfermería ha comenzado un camino en busca de una atención humanizada, en pro del bienestar de sus pacientes, el cual se espera se vaya incrementando a medida que se sigan conociendo los beneficios para la persona sujeto de cuidado.

García en el mismo año define mediante revisión de literatura al hospital Humanizado como “Aquel que en su estructura física, tecnológica, humana y administrativa valora y respeta a la persona humana, colocándose al servicio de ella, garantizándole una atención de elevada calidad”²².

Para el 2013, Martínez estudió los resultados obstétricos basados en el modelo asistencial centrado en la humanización, por medio de un estudio multicéntrico observacional efectuado en cuatro Hospitales de Ciudad de México, donde participaron 520 mujeres y se concluyó; que este modelo de atención cuenta con la satisfacción de la población de estudio, reduciendo las tasas de cesáreas y permitiendo la implementación de prácticas clínicas recomendadas. Dichos resultados refuerzan los beneficios obtenidos de la atención humanizada, al asociarla con una disminución de

²⁰ Vela Coral GdP. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. 2015.

²¹ Savinovich Morán C. Humanización en la atención de enfermería a los usuarios de la Sala de Emergencia del Hospital "Dr. Teodoro Maldonado Carbo", de diciembre 2013 a mayo 2014 2014.

²² Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando el cuidado a través de la valorización del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(1).

costos debido a una menor estancia hospitalaria, además de evitar de manera ostensible complicaciones derivadas de infecciones perinatales²³.

Según Escudero, la humanización no es algo que suceda de manera espontánea, sino que debe ser fomentada, aprendida y practicada. Además, como reflexiona Hernández, citado por Barbero, “Solo un ser humano es capaz de reconocer la dignidad del otro y respetar sus derechos, asumiendo en consecuencia el deber ético de asistirlo, cuidarlo, consolarlo y acompañarlo en su fragilidad”²⁴.

Por su parte, Ferreira en el 2011, realizó un estudio descriptivo-exploratorio cualitativo con pacientes hospitalizados en una institución pública en la ciudad de João Pessoa-PB, en el que halló que la percepción de humanización de los participantes en el ambiente hospitalario, hacía referencia al hecho de que se sintieran bien tratados, bienvenidos y respetados como personas; sin embargo, la mayoría de ellos respondieron con nulo conocimiento al respecto, no entendían en qué consiste la humanización, nunca habían escuchado nada sobre el tema o no sabían qué es²⁵. Behruzi en el mismo año realizó un estudio de casos y controles en un hospital universitario altamente especializado en la atención de embarazos de alto riesgo en la ciudad de Montreal –Canadá; el objetivo del estudio fue hallar los factores facilitadores y las barreras encontradas en la adopción de un cuidado humanizado en el momento del parto, se llegó a la conclusión que: las actitudes de los profesionales en el cuidado a la gestante hacia la práctica del parto, no estaban limitadas a proveer cuidado óptimo a través del uso de tecnología obstétrica, sino además proveer cuidado físico y psicológico para las mujeres y sus familias, lo cual podría ser logrado a través de su validación como seres humanos; aquello se consiguió, uniendo competencias técnicas y humanas en las prácticas de la profesión; entre las barreras presentes se hizo referencia a las limitaciones en las opciones de elegir el medio de nacimiento del bebé, la falta de buena comunicación entre los profesionales que tenían diferentes horarios en sus turnos y finalmente la presencia de muchos profesionales en atención en salud, lo

²³ Martínez-Galiano JM, Delgado-Rodríguez M. Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. *Ginecol Obstet Mex.* 2013;81(12):706-10.

²⁴ Barbero López VM. Atributos del cuidado humanizado de enfermería en personal asistencial. Tesis de maestría. Universidad de Almería; 2014.

²⁵ Ferreira da Silva FL. 2011-Humanization of nursing care in a hospital environment. the user's perception. *Periódicos.uem.br*; Uem; 2011 [Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/22015/pdf_190.

cual ocasionaba un problema en relación con el manejo de la privacidad y dignidad en la continuidad del cuidado²⁶.

La investigación relacionada con la percepción del cuidado humanizado en mujeres que usan servicios de ginecobstetricia es relativamente escasa, sin embargo, los estudios encontrados dejan ver la importancia que representa la atención humanizada en servicios de control prenatal, partos y puerperio.

Por lo anteriormente nombrado es importante para Enfermería visibilizar la percepción del cuidado profesional para impulsar el diseño e implementación de modelos de cuidado humanizados en este tipo de población.

²⁶ Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. BMC Women's Health. 2011;11(1):1.

6. MARCO TEÓRICO

6.1 TEORÍA DE LOS CUIDADOS

La investigación se fundamentó en la estructura de la Teoría de los cuidados de la Dra. Kristen Swanson, quien transmite sus conocimientos a otros, en el área de Enfermería medico quirúrgica. Ella participó en un grupo de soporte al nacimiento por cesárea y en un encuentro que tenía como tema central el aborto, e identificó la necesidad de las madres de expresar su experiencia y sentimientos ante la pérdida, más que el puro interés por conocer los problemas de salud más frecuentes que se ocasionaban. Ella con estudios realizados en Enfermería Psicosocial, sintió gran interés por el fenómeno, a tal punto de convertirlo en el tema central de su tesis doctoral, de donde nacen dos modelos. El modelo de la experiencia humana del aborto y el modelo de los cuidados. Aquí se manifiesta un reconocimiento a las diferencias entre los objetivos de Enfermería y las otras disciplinas del área de la salud, y se identifica que cuidar a otros a través de las transiciones de la vida, debe ser congruente con los valores personales.²⁷.

En 1999, la doctora Swanson realizó un meta-análisis sobre los cuidados, con el que pudo describir cinco niveles o dominios, en donde la presencia de uno asume la existencia de los demás. Los niveles identificados fueron²⁸

- **Nivel 1:** Se refiere a las capacidades para dar cuidado.
- **Nivel 2:** Las preocupaciones o compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados.
- **Nivel 3:** A las condiciones que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar los cuidados.
- **Nivel 4:** A las acciones de los cuidados.
- **Nivel 5:** A los resultados intencionales o no intencionales para la persona y para el profesional.

²⁷ TOMEY, Ann Marriner. Modelos Y Teorías En Enfermería. Vol. Sexta Edición. México: Mc Graw Will, 2006

²⁸ Ibid

De esta manera se aclaró el significado del concepto de los cuidados y se dio validez a la transferibilidad de la teoría de los cuidados de Swanson, más allá del contexto perinatal²⁹.

6.1.2 Conceptos del Metaparadigma:

6.1.2.1. Enfermería. Es el cuidado informado para el bienestar de otros. Es la disciplina conocedora de los cuidados que da bienestar a los demás y que en ese proceso aplica los patrones de conocimiento de enfermería descritos por Carper – 1978³⁰.

6.1.2.2. Persona: Son seres únicos, dinámicos, en crecimiento, espirituales, que se auto reflejan y que anhelan estar conectados con otros. Sugiere que cada individuo está influenciado por una herencia genética, un legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío, identificado éste como la capacidad de decidir cómo actuar cuando se afronta un rango de posibilidades, limitadas también por la raza, clase social, sexo y acceso al cuidado. Es por eso que las personas modelan y son modeladas por el entorno en que viven. Lo anterior exige a la disciplina de enfermería aceptar la individualidad y la escogencia de posibilidades aceptables o deseables para las personas que atiende o cuidan³¹.

6.1.2.3. Salud y bienestar. Restablecer el bienestar es un complejo proceso de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud³².

6.1.2.4. Entorno. Swanson define el entorno como “cualquier contexto que Influye o es influido por el cliente; estas influencias pueden ser culturales, sociales, biofísicas, económicas y políticas³³.

6.1.3 Procesos del Cuidado que derivan de la Teoría de Swanson

En la estructura del cuidado, Swanson plantea cinco procesos de cuidado que pueden aplicarse en toda situación donde se dé una relación de cuidado:

²⁹ Ibid

³⁰ Ibid

³¹ Ibid

³² Ibid

³³ Ibid

6.1.3.1. Conocer. El Conocimiento o búsqueda es un esfuerzo por entender el significado de un suceso tal cual en la vida del otro, desde lo emocional, desde sus capacidades y desde sus conocimientos; centrándose en la persona que se cuida, buscando claves, valorando meticulosamente y buscando un proceso de compromiso entre el que cuida y el que es cuidado, para que se fortalezca este proceso³⁴.

6.1.3.2. Estar con. La compañía es estar emocionalmente presente en el otro, que la persona perciba que estamos disponibles para aclarar sus dudas y enseñarle lo que ella necesita hasta que se empodere del cuidado. Ello implica compromiso, estar ahí, capacidad de comunicación, compartir sentimientos sin abrumar y transmitir disponibilidad³⁵.

6.1.3.3. Hacer por o para. Hacer por otros lo que haríamos por nosotros mismos si fuera posible, incluyendo adelantarse a las necesidades, confortar, actuar con habilidad y competencia y proteger al que es cuidado, respetando su dignidad. También implica que en nuestro actuar hagamos las cosas bien, informemos y expliquemos de la mejor manera y a su vez reconfortemos al otro³⁶.

6.1.3.4. Permitir o posibilitar. Es ayudar a, o facilitar el paso del otro por transiciones de la vida o por situaciones desconocidas. Este proceso incluye las estrategias educativas que utilizamos para que las personas aprendan a cuidarse. Aquí es necesario generar alternativas, retroalimentar permanentemente, hacer seguimiento y evaluar o validar lo que se ha aprendido³⁷.

6.1.3.5. Mantener las creencias. Mantener la fe o la creencia de que el otro tiene la capacidad de salir adelante, que va a superar un hecho o acontecimiento y se va a enfrentar al futuro con un significado, teniéndole en alta estima, manteniendo una actitud llena de esperanza, ofreciendo un optimismo realista y ayudando a encontrar ese significado estando al lado de la persona cuidada en cualquier situación³⁸.

Estos 5 procesos enunciados por Swanson describen la importancia de comprender la historia de la persona (saber), la necesidad de estar emocionalmente involucrados con él (estar con), el hacer todo lo que esté a nuestro alcance (haciendo por), y encontrar la manera de hacer frente a la profundidad y dureza de sus experiencias (facilitar),

³⁴ Ibid

³⁵ Ibid

³⁶ Ibid

³⁷ Ibid

³⁸ Ibid

manteniendo la fe en la capacidad de la persona para que encuentre la forma de resolver los problemas (mantenimiento de la creencia)³⁹.

6.2 Concepto de Cuidado Profesional

El cuidado profesional se puede conceptualizar como la esencia de la disciplina de Enfermería y tienen como fin cuidar integralmente al ser humano en condiciones de salud y enfermedad mediante enseñanzas de cuidado, sustentadas en un conocimiento teórico-práctico científico y humanístico para la conservación y el mantenimiento de la vida⁴⁰.

Desde la mirada de Swanson, el cuidado profesional está representado en su escala de cuidado en dos sub escalas:

6.2.1. Sanador compasivo: Se refiere al comportamiento del Profesional de Enfermería que en la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos establece una relación afectuosa y de confianza.

6.2.2. Sanador Competente: Se refiere al comportamiento del Profesional de Enfermería, con responsabilidad, compromiso, pericia e idoneidad para ejercer la práctica del cuidado de la salud de los seres humanos⁴¹.

³⁹ SWANSON, Kristen. Practicas basadas en la investigación con mujeres que han tenido abortos involuntarios. En: Image J. Nurs. 1999, vol. 31, p. 339-345.

⁴⁰ GARCÍA HERNÁNDEZ, María de Lourdes y colaborador es. Construcción Emergente Del Concepto: Cuidado profesional De Enfermería. En Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Vol. 20 (Esp), (2011): 74-80.

⁴¹ Vesga Gualdrón LM. Validez y confiabilidad de la escala de cuidado profesional (CPS) de la doctora Kristen Swanson version en español: Universidad Nacional De Colombia.

7. MARCO INSTITUCIONAL

7.1 Primer Nivel de Atención en Salud en Colombia

Según la Resolución No. 5261 de 1994 los servicios tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud en Colombia. De acuerdo al nivel de responsabilidad de la atención en salud, en el **Nivel I** se vinculan los siguientes profesionales: Médico General y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud. De acuerdo a la complejidad de las actividades, procedimientos e intervenciones, en el **Nivel I** se tiene:⁴²

Atención Ambulatoria: consulta médica general, atención inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias, atención Odontológica, laboratorio clínico básico, radiología básica, medicamentos esenciales, citología, acciones intra y extramurales de promoción, prevención y control.⁴³

Servicios con internación: atención obstétrica, atención no quirúrgica u obstétrica, laboratorio clínico, radiología, medicamentos esenciales, valoración diagnóstica y manejo médico.⁴⁴

7.2 Red de Salud Centro (E.S.E. CENTRO)

La Red de Salud del Centro es una empresa social del estado que presta servicios de salud de mediana y baja complejidad, con calidad, y oportunidad a los habitantes de las comunas 8, 9, 10, 11 y 12 de Santiago de Cali.

La organización en su compromiso con la población ofrece programas socialmente responsables de promoción y prevención donde se incluyen jóvenes, mujeres, niños y adultos mayores⁴⁵

La red cuenta con 1 Hospital, 11 Centros de salud y 4 Puestos de salud.

⁴² Limas CAS. Comentarios a niveles de complejidad y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad 2008 [Available from: www.minsalud.gov.co]

⁴³ Ibid

⁴⁴ Ibid

⁴⁵ Red de Salud Centro. El País. 2015.

7.3 Servicios Obstetricia

7.3.1 Programa de Atención Temprana - Control Prenatal

A través del programa de detección temprana de las alteraciones del Embarazo La Red Centro, identifica e interviene tempranamente con un equipo de salud interdisciplinario, a la mujer y su familia, identificando los riesgos relacionados con el embarazo, parto y puerperio.⁴⁶

7.3.2 Programa de Protección Específica - Atención del Parto y Recién Nacido

El programa busca atender a las mujeres Gestantes y al Recién nacido en todos los procesos fisiológicos y dinámicos del Parto y del nacimiento así como el bienestar del binomio Madre-hijo.⁴⁷

⁴⁶ Información Gd. Portafolio de servicios - Red de Salud del Centro ESE 2016 [Available from: esecentro.gov.co.

⁴⁷ Ibid

8. METODOLOGÍA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Cuantitativo, correlacional, descriptivo con diseño transversal.

8.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres que recibieron atención en servicios de obstetricia de una Empresa Social del Estado (E.S.E. Centro) de la ciudad de Cali. N= 869.

8.3 MUESTRA

Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, con un nivel de confianza del 95% ($Z=1.96$); dado que no se contó con estudios previos que contemplasen un valor de varianza que se pudiese tomar como referencia para el estudio actual, la varianza se calculó empleando una fórmula en donde P y Q tuvieron un valor cada una de 0.5; el error de estimación fue del 5%.⁴⁸

$$n = \frac{NZ^2PQ}{e^2(N-1)+Z^2PQ} = \frac{834,24}{3,13} = 267$$

8.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres mayores de edad.
- Haber recibido atención por Profesionales de Enfermería en los Programas de Control Pre- natal de una Empresa Social del Estado E.S.E. Centro de la ciudad de Cali, mínimo en 3 oportunidades en el período Enero – Junio de 2016.
- Haber recibido atención en el área de partos y puerperio del Hospital Primitivo Iglesias perteneciente a la E.S.E Centro de la Ciudad de Cali en el período Enero – Junio de 2016.

⁴⁸ Duffau G. Tamaño muestral en estudios biomédicos. Rev chilena de pediatría. Chile. Julio 1999.

- Mujeres que no presentasen ninguna discapacidad visual, auditiva y/o del lenguaje, que les hiciese requerir de un cuidador familiar o particular para la interacción con el personal Profesional de Enfermería.

8.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Condiciones de salud que generasen alteración del estado de consciencia y/o mental de la mujer.

8.6 CUADRO DE VARIABLES

8.6.1 Variables Sociodemográficas

Variable	Definición Operacional	Tipo de variable	Valores posibles	Método de recolección
Edad	Número de años cumplidos que una persona ha vivido a contar desde el momento de su nacimiento hasta el momento del estudio.	Cuantitativa discreta	A partir de 18 años	Cédula de ciudadanía
Residencia	Ciudad / Municipio de habitación regular de la persona.	Cualitativa Nominal	Cali Fuera de Cali (especifique)	Instrumento de Datos Sociodemográficos
Estrato Socioeconómico	Estratificación social que clasifica los inmuebles residenciales de acuerdo con los lineamientos del DANE, teniendo en cuenta: reporte de recibos de servicios públicos, nivel de pobreza, dotación de servicios públicos, ubicación: rural-urbana y asentamiento indígena, entre otros.	Cualitativa Ordinal	Estratos: 1, 2, 3, 4, 5 y 6	Instrumento de Datos Sociodemográficos

Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco.	Cualitativa Nominal	Soltero (a), Casado (a), Separado (a), Divorciado (a), Viudo (a), Unión Libre.	Instrumento de Datos Sociodemográficos
Escolaridad	Nivel de estudios formales realizados	Cualitativa Ordinal	Primaria incompleta, Primaria completa, Bachillerato incompleto, Bachillerato completo, Técnico, Universidad incompleta, Universidad Completa	Instrumento de Datos Sociodemográficos
Ocupación	Empleo, oficio o tarea que refiere desempeñar el sujeto.	Cualitativa Nominal	Estudiante Empleado Trabajador Independiente Desempleado Oficios domésticos no remunerados Oficios domésticos remunerados Otros (señale)	Instrumento de Datos Sociodemográficos
Gravidez	Número de embarazos que ha tenido la paciente.	Cuantitativa Intervalo	De 1 a 2 De 3 a 4 De 5 a 6 Más de 6	Historia Clínica de la paciente
Tipo de Institución de Salud en la que ha recibido atención	Establecimiento de Salud que comparte funciones, características y	Cualitativa Nominal	Hospital Centro de Salud Puesto de Salud	Instrumento de Datos Sociodemográficos

	niveles de complejidad comunes, las cuales responden a realidades socio-sanitarias similares y están diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.			
Servicio de Obstetricia en el que recibió la atención	Área de atención temprana y protección específica según el requerimiento particular de la gestante.	Cualitativa Nominal	Control Prenatal Parto Puerperio	Instrumento de Datos Sociodemográficos
Control Prenatal	Conjunto de acciones y procedimientos sistémicos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbi-mortalidad materna y perinatal.	Cualitativa Nominal	Si No	Historia Clínica de la paciente
Cantidad de controles prenatales a los que asistió	Número de veces en que recibió cuidado directo del Profesional de Enfermería en el Programa de Control Prenatal y que generó constancia en historia clínica	Cuantitativa Ordinal	1 2 3 4 Más de 4	Historia Clínica de la paciente
Curso de psico-profilaxis y parto humanizado	Participación de la paciente en procesos educativos estructurados relativos a la	Cualitativa Nominal	Si No	Historia Clínica de la paciente

	preparación para el embarazo y el nacimiento con enfoque de humanización.			
Tiempo de Hospitalización	Número de horas que la paciente ha recibido asistencia al interior de la institución hospitalaria en el servicio de Parto y puerperio.	Cuantitativa Intervalo	De 15 a 20 horas De 21 a 26 horas De 27 a 32 horas Más de 32 horas	Historia Clínica de la paciente
Total de Profesionales de Enfermería que realizan cuidados en el servicios de obstetricia	Número de Profesionales de Enfermería que han participado en la práctica del cuidado de la paciente durante su hospitalización.	Cuantitativa Discreta	De 1 a 2 De 3 a 4 5 o más	Instrumento de Datos Sociodemográficos
Política de humanización	Marco conceptual de referencia para la asistencia humanizada en entidades de salud, propia de cada institución que es compartida al paciente durante la atención	Cualitativa Nominal	Si No	Instrumento de Datos Sociodemográficos
Conoce Deberes y Derechos del Paciente	Comprende las consideraciones éticas articuladas con la asistencia humanizada en Salud.	Cualitativa Nominal	Si No	Instrumento de Datos Sociodemográficos

8.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se presentó documento escrito del proyecto a la Subgerencia Científica de la E.S.E Centro y al Comité de Investigaciones de la misma, para tramitar autorización para la realización de la investigación previo a la presentación en el Comité de Ética de la Facultad Salud.

Una vez se contó con el aval correspondiente de ambas entidades ya mencionadas, según la base de datos institucional aportada por la E.S.E. Centro, se identificaron las mujeres que cumpliesen con los criterios de inclusión y exclusión y de manera aleatoria se citaron a las instalaciones del Hospital Primitivo Iglesias los días lunes de 2:00 p.m. a 5:00 p.m. y viernes de 7:00 a.m. a 10:00 a.m; durante los primeros 30 minutos del contacto inicial, se efectuó el diligenciamiento del documento de consentimiento informado⁴⁹; posterior a la firma del documento, se procedió al diligenciamiento de los instrumentos de Datos Sociodemográficos y la Escala CPS de Percepción del Cuidado Profesional (con una duración de 20 minutos). El total de la intervención por paciente tomó 50 minutos, por semana se incluyeron en el estudio alrededor de 43 pacientes. El estimado de tiempo total de duración de la investigación, fue de 2 meses.

8.8 INSTRUMENTOS

8.8.1 INSTRUMENTO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se diligenció un Instrumento de Datos Sociodemográficos, diseñado de acuerdo con los requerimientos del presente estudio. El instrumento dirigido a las pacientes incluyó los módulos de datos sociodemográficos y clínicos.

8.8.2 CPS – ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE KRISTEN SWANSON⁵⁰

La Dra. Kristen Swanson, presenta un metanálisis, que realiza comparaciones entre las similitudes que presentan los siguientes instrumentos de cuidado: El Care –Q de Larson, con 50 comportamientos divididos en 6 sub escalas, reconociendo que es el más empleado. El instrumento de Wolf, el de Cronin, el de Watson y el por último el de

⁴⁹ Ver Anexo No. 3 Documento de Consentimiento Informado

⁵⁰ Ver Anexo No 2 Escala de cuidado profesional de Kristen Swanson

Gardner y Wheeler. En este análisis se mostró que entre las conductas que se reconocen como más importantes se encuentra: "Escucha los paciente, "Permite la expresión de los sentimientos. " Es perceptiva de las necesidades del paciente" "conoce al paciente" y emplea el tacto para relacionarse con el paciente. Los pacientes también reconocen alto valor de comportamientos como: "una relación positiva con ellos", "una respuesta oportuna al llamado", y que tenga suficientes conocimientos para hacer bien su trabajo y llamar al médico cuando sea necesario.

Del análisis de estos instrumentos y las dimensiones planteadas en cada uno de ellos, la Dra. Swanson, creó una Escala de Cuidado Profesional, que tuvo en cuenta los comportamientos considerados más importantes, y que está diseñada no solo para el ambiente hospitalario, si no que permite además preguntar por conductas que pueden darse en una relación de cuidado ambulatorio. Además es un instrumento corto que permite un uso más fácil. La Escala reveló una alta validez de contenido con un Índice de Validez de Contenido Global de (0.893), mostró una consistencia interna excelente, siendo el alfa de Cronbach de 0,907. Se presenta a la comunidad científica una escala con un constructo que reconoce en su estructura teórica dos factores: Sanador compasivo y Sanador Competente, altamente comprensible, con gran validez de contenido de acuerdo al criterio de expertos y con un alto nivel de confiabilidad⁵¹.

A continuación se presenta un modelo de instructivo para la evaluación del cuidado profesional una vez es empleada la escala:

De 15 puntos: El cuidado Profesional será considerado *Deficiente*

De 16 a 30 puntos: El cuidado Profesional será considerado *Regular*

De 31 a 45 puntos: El cuidado Profesional será considerado *Bueno*

De 46 a 60 puntos: El cuidado Profesional será considerado *Excelente*

- **Tipo 1 y 2 o Cuidado Profesional Deficiente:** Se definen como la destrucción de la vida. Conducen a la ira, la desesperación y la alienación, a los efectos últimos de disminuir la curación y el bienestar, dejando a los participantes vulnerables y frecuentemente con malos recuerdos. El trato a los pacientes es con frialdad, como una "molestia" lo que lleva a creer que el profesional no ofrece una atención y es comprende al paciente y su situación.

⁵¹ Vesga Gualdrón LM. Opus Cit. Pág 19

- **Tipo 3 o Cuidado Profesional Regular:** se definen como "neutral"; es básicamente apática o individual, no es de persona a persona, la vida o los niveles de energía ni mejoran ni son disminuidos.
- **Tipo 4 o Cuidado Profesional Bueno:** Esta es en relación profesional-paciente, caracterizada como benevolente, amable y preocupada. El resultado de este encuentro es que los niveles de energía son sostenidos o aumentados. Tipo 5 o Cuidado Profesional Excelente: implican estar completamente presente, con la curación de amor que fluye. La personalidad se reconoce mutuamente, la atención se negocia, y la intimidad profesional se produce. Esta relación favorece la libertad espiritual.
- **Tipo 5 o Cuidado Profesional Excelente:** implican estar completamente presente, con la curación de amor que fluye. La personalidad se reconoce mutuamente, la atención se negocia, y la intimidad profesional se produce. Esta relación favorece la libertad espiritual

Se pudo evaluar al sanador compasivo y al competente con base en la puntuación total obtenida de la Escala, de la siguiente manera: se determinaron los porcentajes de cumplimiento según los ítems evaluados provenientes del sanador compasivo y competente, siendo el mayor porcentaje de cumplimiento el tipo de sanador del profesional de Enfermería, o en caso encontrado de igual porcentaje, se asume que el enfermero cumple a cabalidad con ser un sanador compasivo y competente.

8.9 PROCESAMIENTO DE DATOS

Se elaboró una base de datos en Epi-Info versión 5.0 que permitió ingresar la información recolectada mediante la aplicación del Instrumento de Datos Sociodemográficos y la Escala CPS de Percepción del Cuidado Profesional, realizados a las participantes de la investigación. Posteriormente se procedió a importar dicha base en el software SPSS versión 22 para realizar el análisis univariado y bivariado, también se hizo uso de Excel 2013 para la elaboración de cuadros y gráficos.

8.10 PLAN DE ANÁLISIS

Teniendo en cuenta cada uno de los objetivos específicos planteados, se orientó el presente plan de análisis.

En relación con la caracterización sociodemográfica se realizó un análisis univariado teniendo en cuenta la categoría de la variable, para cuantitativas medidas de tendencia central (promedio, moda, mediana) y medidas de dispersión (varianza, desviación estándar, rango y coeficiente de variación). En cuanto a las variables cualitativas, se realizaron tablas de frecuencias con su valor absoluto y relativo, presentando gráficos de barras para facilitar su interpretación.

Para identificar la percepción del cuidado profesional, se aplicó la Escala CPS Escala de Cuidado Profesional de K. Swanson, la cual fue digitada en una base de datos realizada en Epi-Info, con lo que posteriormente se realizó la re-categorización de acuerdo con los puntajes establecidos en la escala.

Se realizó el cruce de las variables socio-demográficas de interés con cada una de las categorías derivadas de la Escala CPS de Cuidado Profesional de K. Swanson. Para obtener la frecuencia en cada categoría frente a la variable de interés, se anexan las medidas de tendencia central. Seguidamente se realizó la prueba de relación (Chi²) donde se determinó si la pregunta presenta correlación con las variables de interés ($p > 0.05$ existe relación directa entre la pregunta y la variable de interés).

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con las disposiciones generales manifestadas por el Ministerio de Salud en la Resolución 8430 de 1993, por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, en el presente estudio prevaleció el respeto por la dignidad humana y la protección de los derechos, el bienestar y la privacidad de los sujetos participantes del estudio.

Según el Artículo 11 literal b) se determinó que ***la presente investigación fue de riesgo mínimo, y no generó ningún tipo de gasto económico para los participantes***, por cuanto se incluyeron estudios prospectivos que emplearon el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: recolectar información para diligenciamiento del instrumento.

Las participantes que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos, fueron abordadas en las instalaciones de la Empresa Social del Estado E.S.E centro para el diligenciamiento del documento de consentimiento informado, garantizando la privacidad y confort durante el proceso; en este espacio las estudiantes investigadoras de manera personal, explicaron el objetivo del estudio y se efectuó el proceso de consentimiento informado, según las fechas del cronograma estipuladas.

Durante la lectura del documento de consentimiento informado, se aclaró la intencionalidad académica de la presente investigación, ***recalcando la total confidencialidad en el manejo de la información a recolectarse, la cual no contendría datos de identificación personal***. Se esperó de las participantes, brindasen información veraz para el diligenciamiento de los instrumentos a emplearse.

Se utilizó un modelo de consentimiento informado dirigido a las participantes en la investigación, adaptado a los requerimientos de este estudio. En éste se brindó información clara acerca de la naturaleza del estudio y del rol que desempeñarían como participantes del mismo, resaltando además que la información recolectada mediante los instrumentos a utilizar, fue totalmente confidencial y no se usó para ningún otro

propósito fuera de esta investigación, los datos obtenidos se codificaron mediante un número de identificación, por lo que la información brindada fue de carácter anónimo⁵².

Para la realización del proyecto contó con la aprobación del Comité de Ética de la Institución Educativa (Universidad del Valle) y de la institución de salud (Empresa Social del Estado E.S.E. Centro de la Ciudad de Cali) previamente al inicio del mismo.

Los gastos totales derivados de la presente investigación fueron asumidos por los estudiantes investigadores.

⁵² Anexo No 4 Documento de Consentimiento Informado

10.CRONOGRAMA

ACTIVIDADES/ FECHAS	2015				2016												2017					
	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
Revisión de literatura y elaboración de proyecto																						
Asesoría Estadístico																						
Asesoría Docente																						
Presentación y aprobación de la investigación en Comité de Ética E.S.E Centro																						
Presentación y aprobación de la investigación en Comité de Ética Institucional (Universidad del Valle).																						
Recolección de la información: Aplicación de la escala de cuidado profesional y caracterización sociodemográfica de los profesionales en enfermería.																						

Digitación de la información en la base de datos y procesamiento.																						
Difusión de resultados (Escuela de Enfermería Universidad del Valle)																						

11.PRESUPUESTO

Ítem	Clasificación Colciencias	Justificación	Dedicación	Unidad	Cantidad	Valor Semana	Valor Mes	Valor Total
Directora de Investigación (1)	Personal	Dirección del proyecto, asesoría en el diseño, sustentación, control, análisis de información, discusión, escritura y presentación de informes. Avalo final de documentos.	2	Horas / Semana	52	\$ 34.757	\$ 139.030	\$ 1.807.364
Estudiantes de pregrado (3)	Personal	Idea y concepción general; Digitación de la información, alimentación de las bases de datos, documental de todos los materiales generados y/o recibidos. Escanear materiales recibidos relativos al objeto de la investigación. Preparación de los Instrumentos para la recolección de la información a aplicar a las personas objeto de estudio; análisis, discusión y conclusiones a partir de la información acopiada y procesada. Redacción de informes, informe final y artículo.	6	Horas / Semana	52	\$ 44.212	\$ 176.848	\$ 2.299.024
Asesor en Estadística	Personal	Consideración de los fines y medios planteados para recolección, registro, procesamiento y análisis estadístico de la información; orientación en graficación y representación de las correlaciones entre las variables.	1	Horas / Semana	12	\$ 40.000	\$ 160.000	\$ 480.000
Divulgación y Presentación	Materiales	De resultados intermedios y exposición del informe final y promoción del artículo	Global	Millar	1			\$ 580.000
Recolección de la información e intervenciones	Materiales			Papelería	Varios			\$180.000
Subtotal								\$ 5.346.388
Administración	Administración			%	5			\$ 267.319

Imprevistos	Administración			%	3			\$ 160.391
Total								\$ 5.774.098

12.RESULTADOS

Derivado de la implementación del instrumento de datos sociodemográficos, se encontró que el promedio de edad de las participantes fue de 25 años, con un mínimo de 18 años y un máximo de 42 años, al momento de considerarlo por edades agrupadas la mayor participación se dio en personas con edades comprendidas entre los 18 y 24 años (53.18%), 98.5% de las personas del estudio viven en la ciudad de Cali y 85% pertenecen a los estratos 2 y 3 de la misma; 64.79% de la población se encontraba en unión libre al momento del estudio, 68.91% refirieron un nivel educativo de secundaria incompleta, 39.33% completaron la secundaria y 31% realizaron estudios de educación superior. La mayoría de las participantes 67.79% indicaron desempeñarse en oficios domésticos no remunerados, 13.48% realizan trabajos independientes, 78.6% de las mujeres refieren haber tenido un número igual o menor a 2 embarazos, 88% de las participantes fueron atendidas en los servicios de control prenatal, 77% de ellas asistieron a más de 3 controles en la institución, 61% no asistieron a curso de psicoprofilaxis; 97% de la población recibieron cuidados por un número igual o inferior a 2 enfermeros y 71% de las mujeres afirmaron no haber recibido orientación sobre la política de humanización de la entidad. Ver Tabla No. 1 **Características socioeconómicas de mujeres que reciben cuidados en servicios de Ginecobstetricia en una Empresa Social del Estado E.S.E. Centro de la ciudad de Cali.**

En relación con la percepción del cuidado humanizado brindado por el Profesional de Enfermería se encontró que 93,3% consideró como excelente el cuidado recibido, 5,6% calificó la atención como buena y sólo un 1,1% encontraron como regular y deficiente la asistencia de Enfermería; es de relieves, que este porcentaje último se refirió en relación con los servicios de parto y puerperio de la institución exclusivamente. Dado que la investigación incluyó una muestra de mujeres que fueron atendidas en la mayoría de los puestos y centros de salud de la E.S.E. Centro, así como también el Hospital de referencia de la misma, se evaluó la percepción del cuidado profesional de Enfermería a un total de 16 enfermeros. **Ver Tabla No. 2 Percepción del Cuidado Profesional de Enfermería en mujeres que reciben cuidado en servicios de Ginecobstetricia en una Empresa Social del Estado E.S.E. Centro Cali.**

Es importante mencionar que 61.8% de las participantes refieren que los Enfermeros pueden ser considerados como sanadores competentes y compasivos -modalidad de clasificación de los Enfermeros que sugiere la Escala de Percepción del Cuidado

Profesional que se empleó en el estudio-, identificando la presencia de las características de tales perfiles de sanadores en los cuidados que recibieron. En el análisis bivariado se evidenció que entre el perfil del Enfermero que incluye características de sanador competente y compasivo y el tipo de servicio en el que fue atendida la persona, existe una relación estadísticamente significativa con una $p=0,04$, adicionalmente se pudo definir igualmente relación significativa entre el tipo de sanador y si la persona recibió información sobre la política de atención humanizada, encontrándose una $p=0.009$. **Ver Tabla No. 3 Relación entre variables sociodemográficas y tipo de sanador, de mujeres que reciben cuidados en servicios de Ginecobstetricia de una Empresa Social del Estado E.S.E. Centro Cali**

Para finalizar, según el análisis de oportunidad de riesgo, se identificó que existe una probabilidad 5,7 veces mayor de tener una percepción regular o deficiente del cuidado de Enfermería, en las mujeres que reciben atención en los servicios de parto y puerperio, en comparación con las que asistieron al servicio de control prenatal.

13.DISCUSIÓN

Respecto de la caracterización sociodemográfica, se identificó que más del 50% de las mujeres participantes en el estudio, se encontraban en un rango de edad entre los 18 y 24 años, además 78.6% refieren haber tenido un número igual o menor a 2 embarazos; este dato, es consonante con lo hallado por el estudio de Planeación Nacional de abril del año 2016, en el que se indicó que 5% de los hombres y 14% de las mujeres entre los 14 y 19 años ya han sido padres de su primer hijo.⁵³ Vale la pena mencionar que las comunas: 8, 9, 10, 11 y 12 en las cuales tienen cobertura las instituciones de salud en las que se efectuó el proyecto, fueron identificadas, entre otras, como los lugares de la ciudad en los que llega mayor número de población desplazada por el conflicto armado, provenientes de regiones como Nariño y Chocó; dicho grupo dispone de menores recursos informativos y asistenciales para la prevención de los denominados embarazos precoces. No obstante, el rango de edad de las gestantes participantes, devela la influencia positiva sobre la prevención de embarazos en menores de edad que ha empezado a generar la implementación de los denominados Servicios Amigables ofrecidos por la Empresa Social del Estado; dicho impacto positivo es mayor según el análisis de la situación de salud Cali 2016, en poblaciones urbanas, dada la disposición de los recursos que las entidades asistenciales ofertan para la comunidad, en comparación con las opciones brindadas a poblaciones de tipo rural, lo cual es aplicable a este grupo de mujeres puesto que 98.5% de ellas se encuentran en la zona urbana de la ciudad de Cali y 85% pertenecen a los estratos 2 y 3 de esta ciudad⁵⁴.

González en el 2014, identificó en su estudio sobre el trato digno a la mujer que recibe atención obstétrica por Enfermería, que aunque la edad promedio de las gestantes incluidas en tal investigación fue de 27 años, la mayoría sólo habían culminado estudios de básica primaria, dato totalmente contrario a lo evidenciado en el presente estudio, en el que 39.3% de las mujeres realizaron estudios de secundaria completos, no obstante, coincide en ambas investigaciones que más del 60% de las participantes, se desempeñan como amas de casa sin recibir ningún tipo de remuneración por esta labor, fenómeno que puede estar asociado al hecho de que para el primer trimestre de 2017, el DANE informó que si bien la tasa de desempleo a nivel nacional disminuyó hasta 9.7%, las opciones laborales se relacionaron con la agricultura, la industria manufacturera, ganadería, caza,

⁵³ El País. Disminución del Embarazo Adolescente. Agosto de 2015. Disponible en www.elpaísenlínea.com. Pág: 1.

⁵⁴ Secretaría de Salud Pública Municipal. Análisis de la Situación Integrado de Salud ASIS del Municipio de Cali 2016. Disponible en: www.cali.go.co/51751_adolescentes_embarazadas_en_ocho_aos_cali_fortalece_servicios_de_salud_sexual_y_reproductiva_pub. Pág: 40.

silvicultura y pesca, actividades todas éstas asociadas con personas de sexo masculino en su mayoría⁵⁵⁻⁵⁶.

Más del 90% de las mujeres participantes en la investigación, calificó la atención recibida por Enfermería como excelente específicamente en el servicio de Control Pre-natal, este dato coincide con lo evidenciado por Guzmán en su estudio realizado en el año 2013 en la ciudad de Bogotá, en el que encontró que las mujeres asistentes a los programas de control prenatal refirieron en una relación de 2.5/3.0 recibir una atención de calidad por parte de los profesionales de Enfermería⁵⁷. Adicionalmente, en el estudio adelantado por Bautista en la E.S.E. Francisco de Paula Santander en el año 2008, se identificó que existe un mayor reconocimiento asociado con la calidad del Cuidado de Enfermería derivado de actividades de tipo procedimental, por encima de aquellas relacionadas con acciones de tipo humanizante⁵⁸, no obstante; el personal evaluado en la E.S.E. Centro fue percibido en su quehacer como Profesionales competentes y compasivos en un 61.8% de los casos. Este hecho se asocia con el interés que la Subgerencia Científica de la E.S.E. y en general sus funcionarios, brindan a los procesos de calidad que adelanta la entidad y que se relacionan fuertemente con actividades científicas humanizadas. Suárez en el 2014 en su estudio sobre percepción del cuidado de Enfermería en gestantes que asisten al curso de maternidad paternidad, un proyecto de vida; describió que la enfermera reconoce sus necesidades de cuidado y ven en ella una persona con una formación humanística capaz de entender y ejecutar acciones que propendan por el bienestar de su gestación y del binomio madre e hijo por nacer. De igual manera, Hernández y Vásquez en 2015 identificaron que cuando la enfermera va más allá de sus actividades de rutina y se muestra preocupada por la situación de salud y por la evolución del embarazo, está visibilizando interés por la gestante. Esta situación permite establecer una relación interpersonal basada en el sentimiento de protección de enfermera a gestante. El contacto que surge no es el resultado de un encuentro ni mecánico ni rutinario, la actitud amable, delicada y suave de la enfermera crea entre ambas un lazo de amistad⁵⁹.

Es contrastante, el presente estudio develó que existe una probabilidad 5.7 veces mayor de tener una baja percepción de la calidad del cuidado de Enfermería, en los servicios de parto y puerperio, esto puede explicarse según lo evidenciado por

⁵⁵ Nieto González LA, Romero Quiroz MdIA, Córdoba Avila MA, Campos Castolo M. Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. Revista CONAMED. 2011;5-s11..

⁵⁶ Departamento Administrativo de la Función Pública. DANE. Gran Encuesta Integrada de Hogares GEIH – Mercado Laboral. 2017. Disponible en: www.dane.gov.co. Pág: 1.

⁵⁷ Bibliotecas DNd, Guzmán de Melo MdP, Guzmán de Melo MdP. Percepción del cuidado de enfermería en un servicio de atención prenatal: Montería 2013. 2013.

⁵⁸ Bautista R LM, Universidad Francisco de Paula C, Colombia. Perception of the Quality of Nursing Care at the Francisco de Paula Santander Social Service Center. Aquichán. 2008;8(1):74-84.

⁵⁹ Hernández-Betancur AM, Universidad Libre SP, Pereira, Colombia, Vásquez-Truisi ML, Valle Ud. El cuidado de enfermería comprometido: Motor en la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. Universidad y Salud. 2015;17(1):80-96.

Saavedra en el 2013, quien en su estudio sobre Comportamientos de Cuidado del Profesional de Enfermería que percibe la gestante en el trabajo de parto y el puerperio, encontró que cuando la relación Enfermera – Madre debe ser más cercana, de no establecerse de esta manera, la percepción del cuidado puede verse afectada negativamente⁶⁰. Es muy factible que los tiempos de atención y la agilidad con la cual se deben realizar algunas de las actividades propias de estos servicios mencionados, no permitan en comparación con el Programa de Control Pre-natal crear este tipo de vinculaciones que favorecen mejores procesos evaluativos. De hecho, con el estudio se pudo correlacionar de manera significativa, el tipo de sanador que demuestra ser el Profesional de Enfermería con el tipo de servicio en el que se encuentra la persona, luego, es innegable, que la competencia procedimental es fundamental para la práctica del cuidado, no obstante, la calidez, cercanía y compasión evidenciada por el Profesional de Enfermería, favorecen el logro del objetivo terapéutico con el sujeto de cuidado.

Resulta interesante el hallazgo asociado con la asistencia al curso de psicoprofilaxis y el haber recibido información sobre la política de humanización de la entidad, puesto que en ambos casos, más del 60% de la mujeres incluidas en la investigación no participaron de ninguna de estas actividades, no obstante, evaluaron como excelente el cuidado brindado por los Profesionales de Enfermería, evidenciando en su quehacer gestos compasivos y practicas humanizantes. Este hecho puede resultar si se quiere paradójico, puesto que los actuales sistemas de acreditación de la calidad en salud asocian dichos resultados exitosos, con la promoción de programas estandarizados de humanización y la exigencia de la creación y promulgación de políticas de humanización institucionales, prácticas éstas que no dejan de ser procedimentales y de cualquier manera, ocasionan ejercicios rutinarios en los que los valores asociados con la comunicación, el afecto y la empatía, son marginados justamente ante la exigencia del cumplimiento de lo referido en los protocolos de calidad. Ciertamente que este hecho corrobora que la vivencia del cuidado, supera cualquier tipo de acción informativa asociada con la atención humanizada⁶¹.

Finalmente resulta conveniente mencionar que las prácticas de cuidado humanizado según la presente investigación, no riñen con el desarrollo de acciones científicas propias del quehacer de Enfermería. La eterna confrontación entre la competencia procedimental y las acciones humanizantes puede equilibrarse al interior de una

⁶⁰ Bibliotecas DNd, Saavedra Infante DL, Saavedra Infante DL. Comportamientos de cuidado del profesional de enfermería que percibe la gestante en trabajo de parto y parto en la clínica Palermo. 2013.

⁶¹ Poblete, T.M; Valenzuela, S.S. Cuidado Humanizado: Un desafío para las Enfermeras en los Servicios Hospitalarios. Acta Paul Enferm 2007;20(4):499-503.

práctica disciplinar centrada realmente en lo que le significa al otro como ser humano⁶².

⁶² Posada Morales MN, Mora Espinoza BdM. Interpretation of the Kristen Swansons Theory of Human Caring. Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol 17, N° 3, 2014. 2014.

14.CONCLUSIONES

1. La percepción del cuidado profesional de Enfermería brindado en la E.S.E. Centro es de alta calidad considerado como excelente por la población sujeto de cuidado.
2. El quehacer de Enfermería es percibido como una práctica integral entre los roles del sanador competente y compasivo, sin presentarse apreciaciones que develen una polaridad entre uno u otro rol ejercido por los Profesionales.
3. Las particularidades específicas de ciertos servicios tales como Parto y Puerperio, requieren la disposición de conductas relacionales principalmente asociadas con el rol de sanador compasivo, en tanto les permite a madres y Enfermeros el establecimiento de un vínculo terapéutico que aliviana el estrés derivado de la experiencia.
4. La buena adherencia a los procesos de atención prenatal, no garantiza la vinculación directa con actividades educativas complementarias, tales como el curso de psicoprofilaxis ofrecido a las gestantes durante su proceso de embarazo.
5. Los contenidos de la política institucional de humanización, deben ser visibles en el quehacer cotidiano del Profesional ya que favorecen de manera directa la buena percepción del cuidado de Enfermería, el cual no sólo debe apoyarse en prácticas informativas relacionadas con el tema.

15.RECOMENDACIONES

- La evaluación continua de los servicios obstétricos permite identificar aquellos aspectos positivos asociados con el quehacer del profesional de Enfermería, a su vez facilita el encuentro de falencias en el proceso asistencial dando lugar a la generación de planes de mejora soportados en las fortalezas de la entidad y sus funcionarios, en busca de crear espacios de cuidado seguros y humanizados.
- Fortalecer el establecimiento temprano de procesos de vinculación empática soportados en la ejecución de acciones de tipo humanizante en los servicios de parto y puerperio de la entidad.
- Dada la excelente percepción del cuidado profesional de Enfermería, la experiencia puede ser tenida como un referente piloto para el desarrollo de procesos similares en otros lugares de la ciudad, además de impulsar el desarrollo de modelos de cuidado de Enfermería específicamente orientados al cuidado de la mujer que recibe atención obstétrica a nivel comunitario, a partir de lo ya experimentado.

16.AGRADECIMIENTOS

- A la E.S.E Centro, por permitirnos llevar a cabo el desarrollo de la investigación en sus instalaciones, y por la gran disposición y participación del equipo institucional durante todo el proceso.
- A las madres sujeto de cuidado, quienes de manera cordial aceptaron participar en la investigación, mostrando un interés genuino por contribuir a optimización de la atención que se brinda en la E.S.E Centro.
- A la docente, por brindarnos el acompañamiento durante este proceso de investigación, por su tiempo, dedicación y pasión por la actividad de enseñanza.

17. BIBLIOGRAFÍA

16. Álvarez Lozano J, Espitia Suarez N. Percepción del cuidado de enfermería en gestantes diagnosticadas con preeclampsia en una institución de cuarto nivel. 2012.
17. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando el cuidado a través de la valorización del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007;15(1).
18. Barbero López VM. Atributos del cuidado humanizado de enfermería en personal asistencial. Tesis de maestría. Universidad de Almería; 2014.
19. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Women's Health*. 2011;11(1):1.
20. Beltrán Salazar OA, Universidad de Antioquia U, Medellín, Colombia. Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. *Invest educ enferm*. 2015;33(1):17-27.
21. BURGOS JTG, MARTINEZ DCQ. Percepción del cuidado humanizado en pacientes que ingresan al servicio de hospitalización de urgencias de ginecoobstetricia de una institución de II y III nivel de atención. 2009.)
22. Ceballos Vásquez PA. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Cienc Enferm [Internet]*. 2010 [citado 2014 Nov 5]; 16(1):31-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000100004&lng=es.
23. Collado R. Cuidado Espiritual, Labor del Profesional de Enfermería. *Revista 360 [Internet]*. 2010 [citado 2014 nov 1]; 5:1-3. Disponible en: <http://cremc.ponce.inter.edu/360/revista360/ciencia/Cuidado%20espiritual%20enfermeria.pdf>.
24. DANE, Para Tomar Decisiones, Estadísticas Virtuales, Cifras actualizadas a 29 de junio de 2012 documento e disponible en internet: <http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=1043&Itemid=119>.

- 25.** Ferreira da Silva FL. 2011-Humanization of nursing care in a hospital environment. the user's perception Periódicos.uem.br: Uem; 2011 [Available from:
http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/2015/pdf_190].
- 26.** GARCÍA HERNÁNDEZ, María de Lourdes y colaborador es. Construcción Emergente Del Concepto: Cuidado profesional De Enfermería. En Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Vol. 20 (Esp), (2011): 74-80.
- 27.** Guillén Velasco RC. La connotación humana y cultural del cuidado. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2010 [citado 2015 jul 15]; 6(3). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0557.php>
- 28.** HERRERA CASTELLANOS, Mario. fórmula para cálculo de la muestra poblaciones finitas, hospital roosevel, Disponible en internet: <http://investigacionpediahr.files.wordpress.com/2011/01/formula-para-cc3a1lc-ulo-de-la-muestra-poblaciones-finitas-var-categorica.pdf>. [consultado el 28 - 03 -2013].
- 29.** Información Gd. Portafolio de servicios - Red de Salud del Centro ESE 2016 [Available from: esecentro.gov.co/].
- 30.** Limas CAS. Comentarios a niveles de complejidad y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad 2008 [Available from: www.minsalud.gov.co].
- 31.** Martínez-Galiano JM, Delgado-Rodríguez M. Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. Ginecol Obstet Mex. 2013;81(12):706-10.
- 32.** Mendoza Franco EP, Orlando DME. Percepción que tienen las puérperas en relación con el cuidado brindado por el personal de enfermería durante la atención del parto en una institución de cuarto nivel durante el primer semestre del año 2013. 2013.
- 33.** Ministerio de Protección Social. Marco Legal. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/acreditacion.php?IdSub=118&IdCat=29>
- 34.** Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Secretaria de atenção à saúde. Brasília; 2007.

35. Morales P, Neyfeth M. Adaptación transcultural de la escala de cuidado profesional (cps): adecuación semántica/Cultural adaptation to level of care professionals (cps): semantic adaptation: Universidad Nacional de Colombia.
36. Nader L. Cali, Ciudad Colombiana con la tasa de mortalidad materna más baja del país 2011 [Available from: http://calisaludable.cali.gov.co/secretario/2011_informes_especiales_finales/Cali_Ciudad_Colombiana_con_la_tasa_de_mortalidad_materna_mas_baja_del_%20pais.pdf.)]
37. Navarro C, Navarrete L, Lara M. Factores asociados a la percepción de eficacia materna durante el posparto. Salud mental. 2011;34(1):37-43.
38. ORTEGA L, Rosa. Percepción De La Calidad De Cuidado De Enfermería Según La Opinión Del Paciente Y La
39. Pazmiño de Osorio S, Universidad del Valle C, Colombia, Guzmán-Gómez N, Universidad del Valle C, Colombia. Prenatal control and its impact on reducing maternal deaths: Trend analysis, 1994-2004. Cali, Colombia. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2009;60(1):12-8.
40. Pinzón Amado, A. Profesionalismo y humanismo en el currículo de las profesiones relacionadas con la salud humana. Editorial Revista Salud UIS. 2014, Vol 46 Issue 1, págs.: 5 – 6.
41. Pública Pem. Infección puerperal del punto de vista de la atención humanizada al parto en una maternidad pública en goiânia, estado de goiás, brasil. Rev latino-am enfermagem. 2007;15(4).
42. ORTEGA L, Rosa. Percepción De La Calidad De Cuidado De Enfermería Según La Opinión Del Paciente Y La Enfermera. Tesis. Sub dirección de posgrados e investigaciones, universidad autónoma de nuevo león, departamento de enfermería Pág. 65, disponible en internet: <<http://eprints.uanl.mx/1771/1/1020149991.PDF>> [consultado el 12 - 10 -12].
43. Red de Salud Centro. El País. 2015.
44. Rodríguez, C.E. Humanización de la Atención y Acreditación en Salud. Disponible en: <http://icontec.org/index.php/es/easyblog/entry/humanizacion-de-la-atencion-y-acreditacion-en-salud>

45. Salud Ave. Servicios de salud 2015 [Available from: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/servicios-de-salud/grafica.ver/24>].
46. Savinovich Morán C. Humanización en la atención de enfermería a los usuarios de la Sala de Emergencia del Hospital" Dr. Teodoro Maldonado Carbo", de diciembre 2013 a mayo 2014 2014.
47. SWANSON, Kristen. Practicas basadas en la investigación con mujeres que han tenido abortos involuntarios. En: Image J. Nurs. 1999, vol. 31, p. 339-345.
48. Tiempo CEE. Colombia tiene una enorme brecha de mortalidad materna entre regiones - Salud - El Tiempo. 2015.
49. TOMEY, Ann Marriner. Modelos Y Teorías En Enfermería. Vol. Sexta Edición. México: Mc Graw Will, 2006
50. Vasconcelos Moura, M.A. Fernandex e-Silv, G; Santos, C; Mendes de Araújo-Silva, V. La Calidad de Asistencia de Enfermería en el período prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. Revista Aquichán. Año 14 – Vol 14 No. 2 – Colombia 196 – 206.
51. Vela Coral GdP. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. 2015.
52. Vesga Gualdrón LM. Validez y confiabilidad de la escala de cuidado profesional (CPS) de la doctora Kristen Swanson version en español: Universidad Nacional De Colombia.
53. Watson Jean. Nursing: the philosophy and science of caring, Colorado: Colorado Associated University Press; 1985. (citado por Red Latinoamericana y del caribe, consultado el 19-08-2012). Disponible en internet: <<http://www.relacahupan.net/evidencias.html>>. [consultado el 18-08- 2012].

18. ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

FORMATO NO. _____

1. EDAD					
ENTRE 18 Y 24 AÑOS	ENTRE 25 Y 30 AÑOS	ENTRE 31 Y 40 AÑOS	MÁS DE 40 AÑOS		
2. ACTUALMENTE RESIDE EN					
CALI			FUERA DE CALI		
3. ESTRATO SOCIOECONÓMICO					
1	2	3	4	5	6
4. ESTADO CIVIL					
SOLTERA	CASADA	SEPARADA	DIVORCIADA	UNIÓN LIBRE	VIUDA
5. ESCOLARIDAD					
ESTUDIOS PRIMARIOS	ESTUDIOS SECUNDARIOS	ESTUDIOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS		ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	
6. OCUPACIÓN					
ESTUDIANTE	EMPLEADO	TRABAJADOR INDEPENDIENTE	DESEMPLEADO	OFICIOS DOMÉSTICOS NO REMUNERADOS	
7. NÚMERO DE EMBARAZOS QUE HA TENIDO					
DE 1 A 2	DE 3 A 4	DE 5 A 6	MÁS DE 6		

8. TIPO DE INSTITUCIÓN DE SALUD EN LA QUE HA RECIBIDO ATENCIÓN				
HOSPITAL PRIMITIVO IGLESIAS	CENTRO DE SALUD Especifique el Nombre:_____		PUESTO DE SALUD Especifique el Nombre:_____	
9. SERVICIO DE OBSTETRICIA EN QUE RECIBÍÓ LA ATENCIÓN:				
CONTROL PRENATAL	TRABAJO DE PARTO		PUERPERIO	
10. ASISTIÓ A CONTROLES PRENATALES. Especifique el lugar: _____				
SI		NO		
11. CANTIDAD DE CONTROLES PRENATALES A LOS QUE ASISTIÓ:				
1	2	3	4	MÁS DE 4
12. ASISTIÓ A CURSOS DE PSICOPROFILAXIS Y/O SE LE BRINDO INFORMACIÓN ACERCA DE PARTO HUMANIZADO				
SI		NO		
13. TIEMPO QUE HA RECIBIDO CUIDADO PROFESIONAL POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN PARTOS Y PUERPERIO				
DE 15 A 20 HORAS	DE 21 A 26 HORAS	DE 27 A 32 HORAS	MÁS DE 32 HORAS	
14. CANTIDAD DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE LA HAN ATENDIDO				
DE 1 A 2	DE 3 A 4		5 O MÁS	
15. ¿DURANTE LA ATENCIÓN QUE HA RECIBIDO POR ENFERMERÍA LE HAN MENCIONADO LA POLÍTICA DE HUMANIZACIÓN DE LA ENTIDAD?				
SI		NO		
16. ¿HA RECIBIDO EDUCACIÓN SOBRE DEBERES Y DERECHOS DURANTE SU CONTACTO CON PROFESIONALES DE ENFERMERÍA?				
SI		NO		

ANEXO 2

ESCALA DE CUIDADO PROFESIONAL VERSIÓN EN ESPAÑOL 2013

En la siguiente escala usted puede evaluar la atención que recibió de parte del profesional de enfermería en el servicio de atención materno-infantil. Para ello se recomienda que en cada una de las preguntas, encierre en un círculo el número que usted considere se acerca más a lo que usted percibió.

SANADOR COMPASIVO				
ITEM	NUNCA	ALGUNAS VECES SI, ALGUNAS VECES NO	LA MAYORÍA DE VECES	SIEMPRE
1. ¿La hizo sentir bien?	1	2	3	4
2. ¿Mostró una actitud positiva con usted y su situación?	1	2	3	4
3. ¿La escuchó con atención?	1	2	3	4
4. ¿Le permitió expresar sus sentimientos?	1	2	3	4
5. ¿Demostró interés por lo que se le sucede a usted?	1	2	3	4
6. ¿Comprendió sus síntomas y preocupaciones?	1	2	3	4
7. ¿Demostró que estaba preparada(o) para hacer su trabajo?	1	2	3	4
SANADOR COMPETENTE				
8. ¿La(o) animó para que se siga cuidando?	1	2	3	4
9. ¿Fue respetuosa(o) con usted?	1	2	3	4
10. ¿Le brindó ayuda y colaboración?	1	2	3	4
11. ¿Le realizó correctamente los	1	2	3	4

procedimientos?				
12. ¿Se sintió cuidada durante su control prenatal u hospitalización?	1	2	3	4
13. ¿Le explicó en forma clara las indicaciones a seguir?	1	2	3	4
14. ¿Fue amable con usted?	1	2	3	4
15. ¿La trato como persona?	1	2	3	4



ANEXO 3



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señora participante No: _ _ _

Nosotras, ROSA ELISA LIBREROS MARLES, HELEN JOHANA RUIZ PIEDRAHITA E ISABELLA TRUJILLO PIEDRAHITA, estudiantes de Enfermería de la Universidad del Valle nos encontramos realizando un estudio denominado “PERCEPCIÓN DEL CUIDADO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SERVICIOS DE OBSTETRICIA DE UNA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO CALI 2016” Esta investigación busca identificar la manera en la que perciben las pacientes de los Servicios de Obstetricia de una Empresa Social Del Estado (E.S.E Centro), la atención y los cuidados brindados por los Profesionales de Enfermería. Lo anterior con el fin de favorecer, el avance del conocimiento de la disciplina en relación con la movilización de Modelos de Cuidado de Enfermería soportados en enfoques humanizados, favoreciendo así la cualificación del cuidado, e impactando sobre el desempeño profesional de los integrantes de la disciplina. Para este trabajo, se requiere la participación de personas, que como usted, son mujeres que recibieron atención en los servicios de control prenatal, partos y puerperio de la E.S.E. Centro en el período Enero – Junio de 2016.

Si usted acepta ser parte del estudio, se requerirá de su participación en el desarrollo del diligenciamiento de los Instrumentos a utilizar, para lo cual deberá disponer de 1 hora aproximadamente. La información que usted proporcione sólo será utilizada para los propósitos de la investigación.

Debe saber que su participación dentro esta investigación no le representa riesgo físico, psicológico, social, legal o de otro tipo, y se garantizará confidencialidad de los datos obtenidos, porque los instrumentos de recolección de la información no contienen datos de información personal.

Le recuerdo que la participación en la investigación es voluntaria y en caso de que decida retirarse lo podrá hacer en cualquier momento. Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en el estudio y tampoco le implicará gastos adicionales. En caso de no querer participar en la investigación, esta decisión no influye en la calidad de los cuidados que reciba de la E.S.E. Centro. Como participante tendrá derecho a recibir nueva información, si así la hubiera y de la manera más oportuna, acerca de modificaciones que se hagan dentro de la estructura de la investigación. Además le solicitamos su autorización para utilizar la

información recolectada en investigaciones similares futuras, previa aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

Su participación es muy importante para poder mejorar las prácticas de cuidado humanizado de los Profesionales de Enfermería, que se le brinda a usted mismo y a la comunidad de mujeres que son atendidas en estos servicios. Además, los resultados de esta investigación podrán servir de base para el desarrollo de futuros avances en salud que propicien el mejoramiento de la atención de usted como paciente, desde la creación de nuevos protocolos de asistencia con un enfoque de cuidado humanizado.

Agradecemos su colaboración.

Si desea mayor información usted puede llamar a los teléfonos de las investigadoras principales: ROSA ELISA LIBREROS MARLES, Celular 311 766 4773; HELEN JOHANA RUIZ PIEDRAHITA, Celular 316 244 4952; ISABELLA TRUJILLO PIEDRAHITA, Celular 318 220 5072, la Directora de la investigación YAMILETH CASTAÑO MORA, celular 318 254 4926, en cualquier hora del día, así como también puede comunicarse al teléfono del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (**CIREH**): 5185677 en Cali. A estos teléfonos de igual manera podrá comunicarse en caso que presente alguna molestia emocional por dar respuesta al instrumento.

Por favor conserve la copia que se le entrega de este documento.

Yo _____ identificado (a) con c.c. _____ de _____ he leído y comprendido la información anterior, se me han resuelto mis interrogantes de manera satisfactoria, me aclararon que los resultados consignados podrán ser publicados o difundidos con el único propósito de la investigación y protegiendo mi identidad.

Por lo anterior decido participar de manera voluntaria de este proyecto de investigación.

Firma y CC de la Persona Participante.

Nombre Testigo 1

Firma y CC del Testigo.

Nombre Testigo 2

Firma y CC del Testigo.

ANEXO 4

Tabla No. 1 Características socioeconómicas de mujeres que reciben cuidados en servicios de Ginecobstetricia en una Empresa Social del Estado E.S.E. Centro de la ciudad de Cali.

Variable		N=267	%	IC 95%	
Edad	Media – RI	25,01		18	42
Edad agrupada	18 – 24	142	53,18	47,14	59,13
	25 - 30	86	32,21	26,84	38,08
	31 - 40	37	13,86	10,18	18,57
	MAS DE 40	2	0,75	0,18	2,96
Residencia	Cali	263	98,5	96,05	99,44
	Fuera de Cali	4	1,5	0,55	3,94
Estrato	1	34	12,73	9,22	17,32
	2	115	43,07	37,22	49,12
	3	113	42,32	36,49	48,37
	4	5	1,87	0,77	4,44
Estado Civil	Soltera	64	23,97	19,19	29,49
	Casada	24	8,99	6,08	13,09
	Separada	6	2,25	1	4,93
	Divorciada	0	0	-	-
	Unión libre	173	64,79	58,83	70,32
	Viuda	0	0	-	-
Escolaridad	Primaria C	9	3,37	1,75	6,37
	Primaria IC	5	1,87	0,77	4,44
	Secundaria C	105	39,33	33,6	45,35
	Secundaria IC	65	24,34	19,54	29,88
	Técnicos C	50	18,73	14,46	23,89
	Técnicos IC	20	7,49	4,8	11,35
	Universitario C	5	1,87	0,77	4,44

	Universitario IC	8	3	1,49	5,9
Ocupación	Estudiante	8	3	1,49	5,9
	Empleado	27	10,11	7	14,37
	Independiente	36	13,48	9,86	18,16
	Desempleado	15	5,62	3,4	9,13
	Oficios domésticos no remunerados	181	67,79	61,91	73,15

ANEXO 5

Tabla No. 2 Percepción del Cuidado Profesional de Enfermería en mujeres que reciben cuidado en servicios de Ginecobstetricia en una Empresa Social del Estado E.S.E. Centro Cali.

Percepción	Numero	%
Deficiente	1	0,4%
Regular	2	0,7%
Bueno	15	5,6%
Excelente	249	93,3%
Total	267	

ANEXO 6

Tabla No. 3 Relación entre variables sociodemográficas y tipo de sanador, de mujeres que reciben cuidados en servicios de Ginecobstetricia de una Empresa Social del Estado E.S.E. Centro Cali

		Compasivo			Competente			Compasivo / Competente			Chi2	p
Variable		n	%	IC 95%	n	%	IC 95%	n	%	IC 95%		
Edad	<= 24 años	9	6,3	3,3 - 11,8	49	34,5	27,1 - 42,7	84	59,2	50,8 - 67,1	1,74	0,41
	> 24 años	10	8	4,3 - 14,3	34	27,2	20,1 - 35,7	81	64,8	55,9 - 72,7		
Estrato	1 y 2	7	4,7	2,2 - 9,6	50	33,6	26,3 - 41,6	92	61,7	53,6 - 69,2	3,43	0,18
	3 y 4	12	10,2	5,8 - 17,1	33	28	20,5 - 36,8	73	61,8	52,6 - 70,2		
Estado civil	Sin pareja	16	8,1	5,1 - 12,8	64	32,5	26,2 - 39,3	117	59,4	52,3 - 66,1	2,24	0,32
	Con pareja	3	4,3	1,3 - 12,7	19	27,1	17,8 - 38,9	48	68,6	56,5 - 78,5		
Escolaridad	Primaria	0	0		3	21,4	5,9 - 54,1	11	78,6	45,9 - 94,1	3,95	0,68
	Secundaria	13	7,6	4,4 - 12,8	58	34,1	27,3 - 41,6	99	58,3	50,6 - 65,4		
	Técnicos	5	7,1	2,9 - 16,3	18	25,7	16,6 - 37,4	47	67,1	55,1 - 77,3		
	Universitario	1	7,7	0,7 - 46,8	4	30,7	10,2 - 63,4	8	61,6	30,5 - 85,3		
Ocupación	No ocupados	17	8,6	5,4 - 13,5	59	30,1	24 - 36,9	120	61,2	54,1 - 67,8	2,78	0,24
	Ocupados	2	2,8	0,6 - 10,9	24	33,8	23,5 - 45,8	45	63,4	51,3 - 73,9		

N° de embarazos	<=2	18	8,6	5,4 - 13,2	65	30,9	25 - 37,5	127	60,5	53,6 - 66,9	3,21	0,2
	> 2	1	1,8	0,2 - 12,1	18	31,6	20,6 - 45,1	38	66,7	53,1 - 77,9		
Servicio de atención	Parto y Puerperio	1	3,2	0,3 - 20,9	16	50	32,4 - 67,5	15	46,8	29,7 - 64,7	6,3	0,04
	Prenatal	18	7,7	4,8 - 11,8	67	28,5	23,1 - 34,6	150	63,8	57,4 - 69,7		
# de controles prenatales	<= 3	5	8,5	3,4 - 19,2	20	33,9	22,7 - 47,1	34	57,6	44,4 - 69,8	0,52	0,760
	> 3	14	6,8	4,0 - 11,1	63	30,6	24,6 - 37,2	129	62,7	55,7 - 69,1		
Psicoprofilaxis	NO	14	8,5	5 - 13,8	49	29,7	23,1 - 37,1	102	61,8	54,1 - 68,9	1,42	0,48
	SI	5	5	2,1 - 11,6	34	34	25,2 - 43,9	61	61	50,9 - 70,1		
# de personas que la atendieron	1 a 2	19	7,3	4,6 - 11,1	78	30,1	24,8 - 36,1	164	62,6	56,5 - 68,2	5,72	0,057
	3 a 4	0			4	80	11,1 - 99,2	1	20	0,7 - 88,9		
Humanización	NO	17	8,8	5,5 - 13,8	67	34,9	28,4 - 41,9	108	56,3	49 - 63,1	9,49	0,009
	SI	2	2,7	0,6 - 10,3	16	21,3	13,3 - 32,3	57	76	64,8 - 84,4		